



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA - DSC
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

LUANA NETO SANTOS

**A INSERÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Brasília - DF

2020

LUANA NETO SANTOS

**A INSERÇÃO DO CONSULTÓRIO NA RUA NA ATENÇÃO
BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso
apresentado à Universidade de Brasília
– Faculdade de Ciências da Saúde como
requisito parcial para obtenção do título
de Bacharel em Saúde Coletiva
Professor Orientador: Marcelo Pedra
Martins Machado.

Brasília - DF

2020

LUANA NETO SANTOS

**A INSERÇÃO/PRESENÇA DO CONSULTÓRIO NA RUA NA
ATENÇÃO BÁSICA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como
requisito parcial para obtenção do título de Bacharel
em Saúde Coletiva.

BANCA EXAMINADORA

Mestre Marcelo Pedra Martins Machado

Orientador(a)

Doutor Pedro de Andrade Calil Jabur

Membro

Doutor Alexandre Teixeira Trino

Membro

Aprovado em:

Brasília,.....de.....de.....

AGRADECIMENTOS

À Deus, razão de nossa existência, pelo amor divino, pela força e coragem que nos proporciona para enfrentarmos os obstáculos do dia-a-dia, e a quem agradeço por mais uma conquista na minha vida profissional, a ele devo toda honra e glória e minha eterna gratidão por me conceder tantas coisas boas. Ele me deu força, fé e esperança.

Agradeço à meus pais e a minha irmã por serem minha base familiar nos momentos que mais precisei, pelas palavras de força e ensinamentos de fé, que mesmo com as dificuldades sempre se incentivou ao máximo para que concluísse minha graduação, me dando todo o suporte necessário.

Aos meus amigos Vinicius e Laiane e Elizel que sempre me apoiou nos momentos difíceis e deu força para eu continuar nesta jornada.

Ao meu orientador Marcelo, pelo estímulo e pelas contribuições recebidas durante o desenvolvimento dessa pesquisa.

Agradeço à banca por aceitar o convite e disponibilizar seu tempo de assistir à apresentação. Agradeço à Universidade de Brasília, por me proporcionar anos de conhecimento e experiências que levarei para o resto da vida e também pela oportunidade de encontrar excelentes professores e amigos que tive a honra de conhecer.

RESUMO

Esse trabalho de conclusão de curso será apresentado com o formato de um relatório ampliado do processo de estágio supervisionado 3, que ocorreu no Consultório na Rua do Plano Piloto, Distrito Federal. O objetivo principal do trabalho foi o de analisar a inserção do Consultório na Rua, na Atenção Básica. Para atingir os objetivos, foi realizada uma revisão integrativa dos documentos oficiais e da literatura científica, que se relacionavam com o objetivo deste estudo. Além disso, foi realizada uma observação participante junto à equipe de Consultório na Rua, do Plano Piloto, no Distrito Federal, com o intuito de verificar na prática, como o processo de trabalho da equipe é organizado e problematiza-lo a partir dos referenciais teóricos da Política Nacional de Atenção Básica (2017) e da dos atributos da Atenção Primária em Saúde apontados por Barbara Starfield (2002). Ao cabo, foi observado que apesar das diretrizes apontadas pelas referências citada as equipes de Consultório na Rua do Plano Piloto trabalham em raros momentos na perspectiva na AB/APS, levando em consideração a vivência do estágio e a literatura estudada neste trabalho. O estudo aponta ainda a necessidade das eCR desenvolverem seus processos de trabalho mais próximos da perspectiva da Atenção Básica.

Palavras chave: *Consultório na Rua. Atenção Básica. Processo de Trabalho na Atenção Básica.*

ABSTRACT

This course conclusion work will be presented in the format of an extended report of the supervised internship process 3, which took place at the Consultancy on Rua do Plano Piloto, Distrito Federal. The main objective of the work was to analyze the insertion of the Consultório na Rua, in Primary Care. To achieve the objectives, an integrative review of the official documents and the scientific literature was carried out, which were related to the objective of this study. In addition, a participant observation was made with the Consultant on the Street team, from Plano Piloto, in the Federal District, in order to verify in practice how the team's work process is organized and problematize it from the theoretical frameworks of the National Policy of Primary Care (2017) and of the attributes of Primary Health Care pointed out by Barbara Starfield (2002). After all, it was noted that despite the guidelines pointed out by the references cited, the Consultancy teams on Rua do Plano Piloto work in rare moments from the perspective of AB / APS, taking into account the experience of the internship and the literature studied in this work. The study also points out the need for eCR to develop their work processes closer to the perspective of Primary Care.

Keywords: *Office in the Street. Basic Attention. WorkingProcess in Basic Attention.*

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
Centro POP	Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua
DF	Distrito Federal
eCR	Equipe de Consultório na Rua
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
PISC	Práticas Integradas em Saúde Coletiva
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PSR	População em Situação de Rua
SUS	Sistema Único de Saúde
SISC	Seminário Integrador em Saúde Coletiva

LISTA DE TABELA

Tabela 1: Revisão de literatura, por ano, título e temas trabalhados.....	21
Quadro 1: Escala dos profissionais da eCR Plano Piloto.....	36

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	13
3	PERCURSO METODOLOGICO	14
4	REFERENCIAL TEORICO	16
5	REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O CAMPO ESTUDADO	20
6	EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO – A IMERSÃO NO CONSULTÓRIO NA RUA...	29
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS	38
	REFERENCIAS	40

1 INTRODUÇÃO

Essa pesquisa é a respeito da atuação dos Consultórios na Rua (eCR) e sua relação com o processo de trabalho na Atenção Básica (AB), foi motivada a partir da observação do processo de trabalho das equipes e dos profissionais de saúde que atuam no Sistema Único de Saúde (SUS) e como estes se organizam para acompanhar e atender as demandas e necessidades da população em situação de rua, no Distrito Federal. Se nos deslocamos de nossos lugares habituais, na circulação pelas cidades, ampliando nossos olhares para o que acontece ao nosso redor, será fácil perceber a presença de uma parcela da sociedade que vive em condições tão instáveis, marcadas por situações de violência, preconceitos e também pela falta de oportunidades. Nesse contexto, o Consultório na Rua foi criado para compor a Atenção Básica e levar de forma itinerante atenção e cuidados de saúde junto à população em situação de rua, em todo território nacional, no SUS.

A Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil, feita pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), realizada entre setembro de 2012 a março de 2020, contribui para uma perspectiva numérica e também para a caracterização da população em situação de rua. Para construir essa estimativa foi realizada a soma de registros mensais de atendimento socioassistencial que possibilitam que essas pesquisas possam ser feitas e contribuir para a informação em saúde (IPEA, 2020). Os dados apresentados por regiões demonstram um aumento significativo da população, sendo que em set/2012 o número de pessoas em situação de rua era de 92.515 com predominância para a região sudeste com 47.753, seguido do Nordeste com 16.450, sul com 16.286, centro-oeste 8.808 e por fim 3.219. Por sua vez, ao avaliar esse número no decorrer dos anos percebe-se que o número dobrou, e em março/2020 chega a um total de 221.869. Vale ressaltar que o IBGE não faz o censo da população de rua no Brasil, uma vez que seus dados são baseados apenas na população que possui domicílio registrado.

De acordo com o primeiro Encontro Nacional Sobre População em Situação de Rua, encontro este realizado em 2005, a caracterização da população em situação de rua é dada por um grupo populacional heterogêneo, composto por pessoas com experiências e realidades diferentes, mas que têm em comum a condição de pobreza absoluta, a falta de uma moradia convencional, sendo submetido a usar a rua como moradia e fonte de sustento, de forma permanente ou temporária. Essa situação surge como reflexo de exclusão social sofridas por essa população que não conseguem muitas das vezes ter o básico de sobrevivência.

A Política Nacional para a População em Situação de Rua é instituída pelo decreto nº 7.053, de 23 de dezembro de 2009, que define essa população como:

“Grupo populacional heterogêneo que possui em comum a pobreza extrema, os vínculos familiares fragilizados ou rompidos e a inexistência de moradia convencional regular”.

O morador em situação de rua faz parte de um grupo não só das cidades brasileiras, mas sim de um grupo de escala mundial, e esse contingente de pessoas que se encontram nessas condições por diversos motivos, representa uma população heterogênea, que precisa ser estudada para um melhor entendimento de sua situação, características, demandas e necessidades.

No campo normativo aos Consultórios na Rua surgem na Política Nacional de Atenção Básica de 2011. Os processos de implantação, implementação e a organização do trabalho dos Consultórios na Rua são organizados a partir das portarias de números 122/12, 123/12 e 1029/14. A Portaria Nº 122 de 2012, que define a organização e o funcionamento das equipes de consultório de rua, as modalidades das equipes de consultório na rua são: Modalidade I: equipe formada, por quatro profissionais de nível superior, e dois profissionais de nível médio; Modalidade II: equipe formada por seis profissionais, três profissionais de nível superior, três profissionais de nível médio; Modalidade III acrescida de um profissional médico (Brasil, 2012). A Portaria Nº 123/12 define os critérios de cálculo do número máximo de eCR por Município baseado nos censos populacionais relacionados à população em situação de rua. Os noventa e dois consultórios de rua que existiam no Brasil antes da PNAB de acordo com o interesse da gestão, puderam ser migrados para o eCR. As categorias profissionais que podem compor as eCR em suas diferentes modalidades foram ampliadas por meio da Portaria nº 1029 de 20 de maio de 2014, sendo incluídos o cirurgião dentista, profissional/professor de educação física e profissional com formação em arte e educação.

No Distrito Federal, existem três equipes de Consultório na Rua: uma no Plano piloto; uma em Taguatinga e; uma em Ceilândia, todas são equipes modalidade 3.

O Consultório na Rua localizado no Plano Piloto até o ano de 2019 era o mais peculiar entre os três, pois dividia seu espaço físico com o Centro POP, na 903 Sul. Exercia as atividades nos espaços de três salas que acomodam a equipe, sendo que os atendimentos e procedimentos de saúde era realizado em espaços distinto do espaço onde eram realizadas as atividades administrativas do Consultório na Rua. Em outubro de 2019 a eCR foi

desvinculada do Centro POP e agora está localizada no espaço físico na UBS 01, na Asa Sul - L2 Sul. A equipe possui um veículo próprio para realizar as atividades in loco, que é guiado por um motorista da Secretaria de Saúde do DF, que fica cedido para esta função por um ou dois períodos semanais de quatro horas. A eCR tem disponível acesso a linha telefônica própria (independente da linha da UBS), e também tem acesso de acesso ao prontuário eletrônico da AB/APS, do Sistema Único de Saúde, o e-SUS AB.

Em Taguatinga, o Consultório na Rua está localizado dentro do espaço físico do Centro de saúde nº 06 (Setor Norte, Área Especial, nº16). Não possui linha telefônica própria, mas tem acesso ao e-SUS AB.

Na Unidade localizada em Ceilândia, o Consultório na Rua também é fica instalada na UBS, no Centro de Saúde nº 05 na QNM 16, Módulo F, Área Especial, tem acesso a linha telefônica própria e tem acesso ao e-SUS AB.

Dentre as três equipes de Consultórios na Rua existentes no Distrito Federal, esse trabalho irá abordar com ênfase na equipe do Plano Piloto, por já ter acompanhado a equipe dentro do Estágio Supervisionado 3, do Curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília. A eCR do Plano Piloto é composta por cinco profissionais de nível superior que realizam 40 horas semanais, sendo um Médico, dois Psicólogo, um Enfermeiro e um assistente social, além de dois profissionais de nível médio, dois Técnicos de Enfermagem que realizam 20 horas semanais. Dentro do quadro de servidores existentes no Plano Piloto as profissionais de, Terapeuta Ocupacional, Agentes sociais, Técnico de Saúde Bucal e Agentes comunitários de saúde, não estão inseridos dentro da eCR, mesmo que na portaria nº 122 de 2011 são citados como possíveis profissionais a compor cargos nas equipes multiprofissionais dos consultórios de rua. Sendo assim, a falta destes profissionais citados causam uma lacuna no desempenho as atividades realizar com a equipe, como auxiliar um morador que esteja necessidade de um dentista, por exemplo.

Cabe aqui apresentar o curso de Saúde Coletiva, da Universidade de Brasília e suas estrutura, para revelar os meios que fizeram emergir questões para este trabalho. O curso de Saúde Coletiva é constituído como um campo composto por conhecimentos profissionais tanto multidisciplinares como intersetoriais que consolida a importância do trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS), dessa forma, a estruturação do curso é composto por três eixos principais, que são: Epidemiologia, Planejamento em Saúde e Ciências Sociais em Saúde.

Dentro da estrutura curricular do curso de Saúde Coletiva, da UnB, são ofertadas três matérias que serviram como base para a escrita desse trabalho, entre elas: Seminário Integrador em

Saúde Coletiva 1, 2 e 3 (SISC) e Práticas Integradas em Saúde Coletiva 1 e 2 (PISC), são disciplinas ofertadas no 2º, 3º, 4º e 5º semestre com o intuito de desenvolver no aluno a escrita e criação de projetos que futuramente irá servir para a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ou até mesmo de artigos científicos. Essas duas disciplinas consistem na desenvolvimento de um artigo com o tema a escolha do grupo formado pela turma, no primeiro semestre é elaborado o esqueleto do artigo, bem como o tema, a introdução e métodos que seja utilizado, no próximo semestre é o momento de pôr em prática tudo aquilo que foi pensado no ano anterior, com a elaboração dos resultados e discussão e posteriormente a apresentação desse projeto no final do semestre, no percurso do curso são desenvolvidos dois projetos, a cada dois semestre subsequentes, ou seja, o aluno é inserido dentro do universo científico desde do seu ingresso no curso.

Por outro lado, no curso são oferecidos dois estágios obrigatórios, sendo que o primeiro e necessariamente na Atenção Básica, o segundo estágio no âmbito dos serviços de saúde, especialmente em âmbito regional, já o terceiro estágio não é considerado obrigatório para o curso, nesse terceiro estágio o aluno desenvolve vivências práticas, preferencialmente no âmbito federal ou no nível central da SES-DF ou em serviços de média e alta complexidade.

Neste contexto, o presente trabalho tem como objetivo analisar a relação entre o Consultório na Rua e o campo da Atenção Básica. Este inquietamento surge a partir do estágio supervisionado 3 realizado com a eCR do Plano Piloto. Tal objetivo se justifica por conta da minha entrada no campo e as necessidades que foram suscitadas do ponto de vista do estágio, levando em consideração as particularidades da equipe e os pontos a serem qualificados no processo de trabalho em saúde. Todos estes elementos nos levaram à formulação da seguinte questão norteadora: A eCR do Plano Piloto trabalha na perspectiva da AB/APS?

2 OBJETIVOS

Objetivo Geral:

Levantar, sistematizar e analisar a inserção do Consultório na Rua (eCR) na Atenção Primária em Saúde (APS), a partir da literatura científica e descrever e analisar as práticas da eCR do Plano Piloto/DF, no contexto da APS, no DF.

Objetivos Específicos:

1. Levantar, sistematizar e analisar os conteúdos sobre a relação dos Consultórios na Rua com o trabalho na Atenção Primária em Saúde, nos documentos oficiais e na literatura científica;
2. Levantar e sistematizar as práticas do Consultório na Rua, do Plano Piloto/DF, em sua inserção na Atenção Primária em Saúde do Distrito Federal, a partir da experiência do Estágio Supervisionado 3 (Curso de Saúde Coletiva, UnB);
3. Analisar, apontar e problematizando possíveis interseções e afastamentos entre as práticas da eCR do Plano Piloto/DF, com os conteúdos dos documentos oficiais (políticas públicas) e a literatura científica.

3 PERCURSO METODOLOGICO

Esta é uma pesquisa de natureza exploratória e o delineamento adotado é a partir de dois métodos, a revisão bibliográfica integrativa, da literatura sobre a relação entre as equipes de Consultório na Rua e a Atenção Básica/Primária em Saúde e; o relato crítico, fruto da observação participante, junto à eCR do Plano Piloto DF, no período de setembro a dezembro de 2020.

A pesquisa bibliográfica foi descrita por Gil (2002), com o seguinte conceito:

A pesquisa bibliográfica é desenvolvida com base em material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos. Embora em quase todos os estudos seja exigido algum tipo de trabalho dessa natureza, há pesquisas desenvolvidas exclusivamente a partir de fontes bibliográficas. Boa parte dos estudos exploratórios pode ser definida como pesquisas bibliográficas. As pesquisas sobre ideologias, bem como aquelas que se propõem à análise das diversas posições acerca de um problema, também costumam ser desenvolvidas quase exclusivamente mediante fontes bibliográficas (GIL, 2002).

Em relação aos descritores, foi feita consulta ao BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), buscando por descritores que melhor auxiliassem na pesquisa e na recuperação dos dados. Para o assunto sobre “Atenção Básica” foram pesquisadas as seguintes palavras e termos na busca da BVS: atenção básica, processo de trabalho, gestão no processo de trabalho. E sobre o assunto “Consultório de Rua”, foram escolhidos os termos: Consultório de Rua, e Centro Pop, tanto um como o outro são utilizados na literatura.

Para a coleta de dados, fez-se um levantamento da bibliografia utilizando-se os descritores de forma cruzada formando a seguinte estratégia de busca: “Consultório na rua” AND “Atenção Básica”, ‘Consultório na rua’ AND “Processo de Trabalho” e “Gestão no processo de Trabalho” AND “Consultório de rua”. A busca foi feita no período de Outubro de 2020. Foram encontrados 38 artigos com os descritores ‘Consultório na rua AND Atenção Básica’, 15 artigos com os descritores “Consultório na rua AND Processo de Trabalho” e 6 artigos com o descritor “Gestão no Processo de Trabalho AND Consultório na Rua” totalizando assim 59 artigos encontrados.

Essas publicações foram apurados utilizando os seguintes filtros: Texto completo disponível; Ano de publicação; tipo de documento sendo artigos, teses. Dissertações e monografias, e também foram retiradas as repetições de artigos entre os descritores pesquisados, resultando no total de 20 publicações.

Logo após, foram feitas a leitura dos títulos e resumos dos trabalhos e selecionou-se apenas aqueles trabalhos que tinham como tema principal Consultório na rua relacionado à Atenção Básica e Processo de Trabalho, e foram excluídos aqueles que apenas citavam os termos separadamente ou sem que eles fossem o foco do trabalho. Restando na seleção de 13 artigos.

Para organização das informações coletadas, a parti da leitura, foi utilizada uma tabela síntese, nas quais foram identificados o ano da publicação, título e a identificação sobre a pergunta de pesquisa. Dessa forma, foi possível construir a discussão do problema, onde foram considerados a problematização dos artigos selecionados.

O segunda parte da metodologia ocorreu com no estágio supervisionado 3, ofertado pelo curso de Saúde Coletiva, a inserção foi realizado dentro da equipe de Consultório na Rua do Plano Piloto, por meio da observação participante.

A observação participante é uma técnica de investigação social em que o observador participa, na medida em que as circunstâncias o permitem, as atividades, as ocasiões, os interesses de um grupo de pessoas ou de uma comunidade. O objetivo primordial dessa técnica de estudos é a captação das experiências dos próprios observadores, no processo de interação social.

O que se espera é que essa observação produza mais que descrições ou um compartilhamento de percepções, mas sim, que essa observação proponha mergulhos mais altos no cotidiano do que se pretende estudar, criando novos significados, interpretações e análises a partir da interação e observação (Queiroz, Vall, Souza & Vieira, 2007)

As análises realizadas neste trabalho são baseadas nos diários de campo e memórias durante todo o período de estágio, com o objetivo de descrever se a eCR do plano piloto trabalha na perspectiva da atenção básica.

4 REFERENCIAL TEORICO

Para compor o referencial teórico, que orientará a leitura e as análises do campo de estudo deste Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), utilizaremos os estudos sobre Atenção Primária em Saúde, da autora Barbara Starfield (2002) e a Política Nacional de Atenção Básica (2017), além das já citadas portarias específicas que normatizam as equipes de Consultório na Rua.

Barbara Starfield (2002, p.28) buscou estabelecer os critérios gerais da Atenção Primária em Saúde (APS) e a definiu como:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que funciona como porta de entrada no sistema, atendendo a todas as necessidades e problemas de saúde da pessoa (não direcionadas apenas para a enfermidade), ao longo do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra os outros tipos de atenção fornecidos em algum outro lugar ou por terceiros. Assim, é definida como um conjunto de funções que combinadas, são exclusivas da atenção primária (...). A atenção primária aborda os problemas mais comuns da comunidade oferecendo serviços de prevenção, cura e reabilitação (...). Ela integra a atenção quando existem múltiplos problemas de saúde (...). É a atenção que organiza e racionaliza o uso de todos os recursos, tanto básicos como especializados, direcionados para a promoção, manutenção e melhoria da saúde.

Essa definição de APS contribuiu para estabelecer dois grupos características ou atributos, resumidos por Starfield em quatro caracterizados como essenciais (acesso de primeiro contato, integralidade, longitudinalidade e coordenação), mais três caracterizados como derivados (orientação familiar, comunitária, e competência cultural), (STARFIELD, 2002).

No âmbito do acesso de primeiro contato, esse atributo provoca a garantia da acessibilidade e uso do serviço a cada novo problema que surge, ou novo episódio de um problema, para qual se procura o cuidado (STARFIELD, 2002). Pode ser definido como porta de entrada preferencial dos serviços de saúde, quando a população e a equipe de saúde identificam aquele serviço como recurso primordial em caso de necessidade ou problema de

saúde. Para cumprir essa exigência, é necessário também que a APS se configure como local obrigatório para o acesso aos serviços especializados para que seja filtrado esse tipo de atendimento (STARFIELD, 2002).

A contribuição regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso continuado ao longo do tempo, em um ambiente de relações de parceria e humanizada entre equipe e usuário é definida como longitudinalidade (STARFIELD, 2002) é um dos atributos essencial para uma acompanhamento de saúde mais integral e humanizada dos problemas de saúde para que o serviço possa oferecer um espaço de promoção de saúde.

O atributo de integralidade completa: um conjunto de serviços que atenda às necessidades, mais frequentes da população adstrita, a responsabilidade pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológico, psicológicos que causam doenças. Para efetivação deste atributo a equipe deve ser capaz de reconhecer as mais diversas necessidades relacionadas a saúde, para as quais inclui ações de prevenção e curativas para todas as faixas etárias, desenvolvidas para as unidades de saúde como para fora da mesma (STARFIELD, 2002).

A coordenação do cuidado provoca a garantia da continuidade da atenção, pelas equipes de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem acompanhamento constante e assume papel cada vez mais relevante em função da necessidade de consulta a diferentes especialistas. Como nem todas as necessidades podem ser desenvolvidas pela APS, os usuários são referenciados a outros serviços, mas as informações relativas a esses atendimentos devem, ser disponíveis para a equipe da APS, responsável por garantir essa continuidade da atenção (STARFIELD, 2002).

A publicação da professora Bárbara Starfield trouxe parâmetros para qualificar a APS, isto é, os atributos, que têm sido utilizados para estruturar instrumentos que buscam avaliar a qualificação da APS. Starfield (2002) define quatro atributos essenciais que devem delimitar a organização da APS, e possuem o objetivo de avaliar as ações primárias de saúde e três atributos derivados. São eles:

Essenciais:

- Primeiro Contato: Refere-se ao acesso, a um ponto de entrada acessível para as pessoas buscarem por atenção à saúde.
- Longitudinalidade: É a existência de atenção e seu uso ao longo do tempo.
- Integralidade: Os serviços devem fazer arranjos para que o usuário receba todos os tipos de serviços de acordo com as suas necessidades.

- Coordenação da atenção: Garanta a continuidade do cuidado que passa ocorrer nos diferentes níveis de atenção, de forma a reconhecer os problemas.

Derivados:

- Centralização familiar: É um atributo derivado que implica em considerar a família como sujeito da atenção.
- Orientação comunitária: Considera a importância das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que se vivem.
- Competência cultural: Refere-se a adaptação do profissional de saúde para facilitar a relação com a população com características culturais especiais.

Quando avaliada a APS não necessita alcançar um perfeito desenvolvimento em todos os quatro atributos essenciais, pois, a justificativa para as necessidades da APS não depende da obtenção de padrões elevados dos atributos (STARFIELD, 2002). É satisfatório demonstrar, apenas aos profissionais habilitados e organizados para oferecer a APS que melhora progressivamente a saúde de uma população com o decorrer do tempo do que por profissionais treinados para oferecer doenças específicas, sistemas do organismo ou mecanismos patológicos específicos (STARFIELD, 2002).

No âmbito da saúde pública brasileira, a Atenção Primária em Saúde é compreendida como Atenção Básica (a PNAB 2011 as assume como sinônimas, cabendo uma discussão que não será aprofundada neste trabalho), sendo orientada nacionalmente pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) (PNAB, 2017, Art. 2º), que caracteriza a Atenção Básica como:

Por um conjunto de ações de saúde individuais e coletivas que abrangem a promoção, prevenção, proteção, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos, cuidados paliativos e vigilância em saúde, desenvolvida por meio de práticas de cuidado integrado e gestão qualificada, realizada com equipe multiprofissional e dirigida à população em território definido, sobre as quais as equipes assumem responsabilidade sanitária.

De acordo com a atual PNAB (PORTARIA Nº 2.436, DE 21 DE SETEMBRO DE 2017), a AB abrange um conjunto de ações relacionadas com aspectos coletivos e individuais de uma atenção população. Envolve a promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnósticos, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação dos indivíduos. Essa definição evidencia a importância da APS no SUS, já que sua organização favorece a ampliação do acesso e a cobertura universal sob a perspectiva da integralidade, permitindo que seja feita

ações em conjunto. Nessa concepção a atenção básica representa o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema de saúde.

Dessa forma, na busca da efetivação de direitos, políticas em saúde devem ser implementadas levando em consideração as necessidades dessa população. As políticas em saúde, em sua essência, é a ação ou omissão do Estado, enquanto resposta social diante dos problemas de saúde e seus determinantes, bem como a relação em produção, distribuição e regulação de bens e serviços que afetam a saúde dos indivíduos e da coletividade (PAIN; TEIXEIRA, 2006).

No que se diz respeito aos princípios da PNAB, a universalidade tem como premissa possibilitar que o acesso a saúde seja universal e contínuo a serviço de saúde de qualidade e eficaz, caracterizado como a porta de entrada aberta e preferencial da Rede de Atenção à Saúde (RAS) (PNAB, 2017).

O princípio da equidade, diz respeito às diferenças nas condições de vida e saúde e quais as necessidades das pessoas, entendo que para cada grupo existam diferenciações e devam ser atendidas cada um com suas necessidades. Ficando proibida qualquer exclusão baseada em idade, gênero, cor, crença, nacionalidade, etnia, orientação sexual, identidade de gênero, estado de saúde, condição socioeconômica, escolaridade ou limitação física, intelectual, funcional, entre outras, com estratégias que permitam minimizar desigualdades, evitar exclusão social de grupos que possam vir a sofrer estigmatização ou discriminação (PNAB, 2017).

A integralidade na PNAB 2017, retrata como os serviços devem atender as necessidades mais frequentes da população, ou seja, a integralidade do cuidado deve oferecer um cuidado continuado, que lida com as queixas diversas e muitas vezes inesperadas.

Além dos princípios do SUS, temos ainda os seguintes pontos que são destacados pela PNAB:

A territorialização caracteriza pelas unidades geográficas únicas, de construção descentralizada na execução das ações que podem ser organizadas para desenvolver estratégias de melhoria e avanços da população que tem acesso ao sistema de saúde (PNAB, 2017).

A população adstrita está presente no território da Unidade Básica de Saúde (UBS), de forma a estimular que seja desenvolvido relações de vínculo e responsabilização entre as equipes que atua, dentro do território ou até mesmo equipes itinerantes que são responsáveis de levar esse atendimento a uma parcela da população (PNAB, 2017)

Em relação aos cuidados centrada na pessoa, o cuidado é constituído de forma que seja singular, ou seja, o atendimento deve ser equânime para cada indivíduo, visando as necessidades e potencialidades dentro do território (PNAB, 2017).

Quando se trata de longitudinalidade do cuidado, é importante entender que essa continuidade da relação de cuidado, deve ser com uma construção de vínculo entre profissionais e usuários tanto dentro como fora da unidade de saúde, no caso de equipes que seja itinerantes dentro do território ao longo do tempo de modo permanente (PNAB, 2017).

A Coordenação do Cuidado ressalta a importância que a gestão seja sempre compartilhada da atenção integral, tanto para valorizar a universalização do acesso, a equidade e a integralidade que são princípios, quanto a regionalização e a hierarquização como estratégias dentro do sistema de saúde (PNAB, 2017).

A Ordenação da rede, deve ser desenvolvida para organizar as necessidades da população em relação aos pontos de atenção à saúde (PNAB, 2017), ou seja, são todas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) que articulam serviços e sistemas de saúde com equipes e serviços multidisciplinares, o sistema em rede tem a capacidade de responder às necessidades da população, encaminhando serviços que seja especializado quando for necessário.

No âmbito da participação da comunidade, fica representado um avanço, pois expressa-se a possibilidade de participação da população na organização, gestão e controle de ações e serviços a serem desenvolvidos no sistema de saúde.

Frente a este contexto os Consultórios na Rua, instituídos também pela PNAB (2011 e 2017), integram o componente Atenção Básica e devem seguir os fundamentos e as diretrizes definidos na política, para atuar frente aos diferentes problemas e necessidades de saúde da população em situação de rua, atuando como uma equipe de AB para populações específicas (assim como as equipes para populações Ribeirinhas e Fluviais), buscando sempre uma inserção na dinâmica da AB e junto às suas diferentes equipes (equipe de Saúde da Família, Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica, equipe de Saúde Bucal, entre outras), com vistas a ampliação do acesso e da resolutividade da atenção e cuidado, nestes pontos de atenção.

5 REVISÃO DE LITERATURA SOBRE O CAMPO ESTUDADO

A primeira etapa do estudo ocupou-se de levantar, sistematizar e analisar, na literatura científica (13 artigos), como os temas do processo de trabalho dos Consultórios na Rua (eCR) e sua relação com o campo da Atenção Primária em Saúde (APS), contidas em cada uma das

publicações selecionadas. Na Tabela 1, são apresentados os achados desta etapa do estudo e na sequência são analisados os achados da revisão de literatura, a partir do referencial teórico da APS (Barbara Starfield e a Política Nacional de Atenção Básica/2017).

Tabela 1:Revisão de literatura, por ano, título e temas trabalhados.

Ano	Título	Como é descrito o processo de trabalho da eCR	Relação da eCR com a AB
2014	Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde	O processo de trabalho da eCR deve fugir do trabalho fragmentado, ou seja, que os profissionais entendam que o contexto da rua é dinâmico e a equipe deve ajustar seu trabalho frente ao inesperado	A eCR e às demais equipes de AB tem funcionalidade efetiva apenas quando trabalham juntas e essa também deve ser a relação da eCR com os demais programas da AB.
2015	Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua	O processo de trabalho da eCR pode contribuir para uma mudança na percepção de um trabalho em saúde tradicionalmente caracterizado pela centralidade em programas de saúde e fragmentação pela lógica do especialista.	A PSR é vista com 'certa segregação', se comparado aos outros usuários, no âmbito do acolhimento na AB/APS.

	Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável		O artigo descreve que existem desafios para a efetividade da atenção à PSR, como a formação e a composição multiprofissional, o suporte logístico para a abordagem na rua, o apoio institucional e de especialistas e a fragilidade das Redes.
2016	Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua	O estudo tem o objetivo de identificar os saberes ideológicos que são constituídos pelas bases teóricas e legislativas do trabalho de saúde em si, com seus agentes e produtos e os instrumentais que são os dispositivos e instrumentos no cuidado a pessoa em situação de rua e agenda semanal.	Para facilitar o acesso ao sistema de saúde, a eCR, fundamentada nas diretrizes definidas na PNAB, foi concebido para ser a porta de entrada aos serviços de saúde, propiciando atenção integral e longitudinal, coordenando o cuidado e prestando atenção à saúde da população em situação de rua in loco ou em outros pontos de atenção da RAS.
2017	Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso	Importância do trabalho conjunto e articulado entre eSF e eCR, para que essa seja mais eficiente.	Mesmo presentes na PNAB e na AB, os profissionais da eCR sentem-se isolados das demais equipes em suas UBS. Atribuem esse problema às dificuldades de interlocução, ao preconceito

2017			que os trabalhadores da saúde ainda têm com a PSR.
2018	Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da AB	Gestão do processo de trabalho e as práticas de cuidado, embora sejam dimensões distintas, são inseparáveis, sendo assim, as práticas de cuidado são produzidas com as práticas de gestão.	É importante que a eCR esteja na AB, para uma melhor organização do sistema de saúde para a PSR. Há uma crítica ao modelo de AB adotado no Brasil, organizado a partir da residência fixa, para definição do território adscrito.
	A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde	O processo de trabalho da eCR pauta modificações na AB, na questão do acesso à demanda espontânea.	A eCR na AB é importante não só para a PSR, como também para os profissionais que atuam na AB, pois estes profissionais passaram a compreender o fenômeno do viver em situação de rua com toda sua dinâmica e cultura própria.

2018	Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico	As formas de cuidado são criadas no decorrer dos processos de trabalho e nas práticas dos profissionais que atuam diretamente com a população em situação de rua.	O artigo menciona a importância do APS na estrutura e na organização das eCR e como esse vínculo tem uma importância dentro do processo de trabalho das equipes.
	População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis	A inserção de alunos do Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde de Populações Vulneráveis da Faculdade de Ciências Médicas da Santa Casa de São Paulo na eCR reforça a relação ensino e serviço e seus benefícios para o processo de trabalho da eCR.	
2019	O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua	A construção de vínculo e relação de confiança, são identificados como uma estratégia que se aplica no processo de trabalho. A eCR busca ultrapassar e ressignificar as barreiras de contato com a PSR, pois acolhe e realiza uma escuta desta população em seus próprios territórios e espaços de vida.	A AB é conceituada como um espaço de acolhimento para a PSR. O vínculo dos profissionais da AB deve ser a estratégia tomadas para orientar o acolhimento no espaço da rua.

2019	<p>A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida</p>	<p>A complexidade do cuidado da PSR implicava uma pluralidade de ações e estratégias, de difícil operacionalização, que, muitas vezes, ocasionava uma certa desorganização ou fragmentação do processo de trabalho, atribuídas à itinerância, ao imediatismo, mas também à inadequação de alguns recursos estruturais, como insumos, transporte para profissionais e usuários, material de higiene pessoal, auxílio financeiro ou apoio público para participação dos usuários em eventos na cidade.</p>	<p>As práticas dos eCR e das demais equipes de AB tem muitas convergências, como a promoção da saúde, prevenção e manejo de agravos clínicos no âmbito da AB, embora ainda com dificuldades de integração com outros equipamentos da rede de saúde.</p>
	<p>A pesquisa-intervenção como pesquisa-apoio: o caso do POP RUA</p>	<p>A importância de ferramentas que possibilitem a continuidade dos atendimentos (integralidade e longitudinalidade) no processo de trabalho da eCR.</p>	<p>São necessárias ferramentas de gestão para que relação entre APS e eCR sejam menos distantes.</p>

2019	Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo	Existem no ambiente e no processo de trabalho da eCR riscos, dificuldades e desafios como o estresse, a insatisfação com as condições de trabalho e a impotência que demonstram a necessidade de implementação de medidas de enfrentamento das questões identificadas.	A articulação entre a AB e eCR são essenciais e para que o sistema possa operar de forma simples e clara para a PSR. A eCR deve estar vinculada à UBS. Os trabalhadores mencionam vivenciam dificuldades na integração e acolhimento na UBS
-------------	--	--	---

A tabela 1 nos apresenta a revisão de literatura, que contou com 40 artigos, sendo que destes, 13 foram compatíveis com o objetivo deste trabalho e estes foram distribuídos segundo seu ano de publicação e sua procedência com o instrumento de pesquisa. A distribuição da tabela apresenta 1 artigo em 2014, 1 artigo em 2015, 1 artigo em 2017, 4 artigos em 2018 e 5 artigos em 2019, com publicações sobre tema consultório na rua e Atenção Básica (AB).

A complexidade da inserção, comunicação e integração entre o Consultório na Rua e a Atenção Básica, impõe diversos desafios para que a atenção junto à população em situação de rua seja efetivada. Neste contexto, as diretrizes da PNAB 2017 e os apontamentos de Barbara Starfield são importantes para fornecer elementos para esta discussão.

O artigo “*Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde*” (Petry; Burg; Silva, 2014) descreve que a AB e a eCR tem papel importante dentro do cenário do cuidado com a população de rua e que ambos têm funcionalidade efetiva apenas quando trabalham juntos. Este ponto está em consonância com o mencionado nos artigos “*Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o cuidado e a gestão da AB*” do autor Vargas e Macerata (2018) e “*A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde*” escrito por Cândido et al.(2018) em que foi identificada essa necessidade que a AB e a eCR trabalhem em conjunto para uma melhor organização e funcionamento das atividades com a PSR, além de que o artigo fala da importância que os profissionais têm na atuação das atividades com a PSR, essas equipes devem reinventar suas práticas de cuidado e, deste modo, transformar o que é dito pela PNAB 2017, sobre a estruturação das atividades a serem desenvolvidas e transformar no dia a dia um processo que seja pré-estabelecidos e

transformador. Em contrapartida, o autor Maruyama et al. (2016) no seu artigo “*Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua*” expõe que a PSR não tem na APS a sua principal porta de entrada dentro do sistema de saúde, isso devido às dificuldades encontradas no acesso, além dos aspectos ligados a resistências dos profissionais das UBS no atendimento, além disso o artigo questiona as barreiras que devem ser quebradas e os limites que os profissionais podem para a mudança no processo de trabalho, gerando esse afastamento em um espaço que deveria ser de acolhimento e espaço de troca com a PSR.

Outro tema que emerge da literatura sobre as eCR, é mencionado no artigo de Lima et al. (2019) no artigo “*Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo*”, trata sobre o reconhecimento dos riscos ocupacionais ocasionados por fatores físicos, biológicos, químicos, de acidentes e psicossociais, dificuldades e desafios enfrentados pela eCR, além de abordar a necessidade de serem implementadas medidas para que esses agravantes sejam minimizados dentro da AB. Além disso, o artigo apresenta a obrigatoriedade da eCR estar vinculada a uma UBS, segundo a autora, assegurar um espaço dentro de uma unidade básica de saúde (UBS) permite maior resolutividade das demandas, além de reafirmar a condição de cidadania das pessoas que vivem na rua. Santos e Burg (2018) em seu artigo “*Encontros na rua: possibilidades de saúde em um consultório a céu aberto*”, citam a necessidade dos processos de trabalho dentro das unidades básicas de saúde possam garantir o acolhimento em ações de cuidado, além de estratégias de promoção da saúde e proteção a população em situação de rua. Essa articulação que tanto se faz necessária entre as equipes da APS e da eCR para cumprir com a proposta de resolutividade que está diretamente ligada a concepção de integralidade. Articulação que na AB/APS se dá a partir da adequação entre as equipes que se baseiam nas demandas e necessidades de saúde da população, procurando abranger suas ações, contando com a ampliação, oferecidas por equipes de apoio e articulações com outros pontos de atenção da rede para a continuidade do cuidado (PNAB, 2017).

De acordo com pesquisa de Almeida et al. (2017) no artigo “*Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso*” e “*A pesquisa-intervenção como pesquisa apoio: o caso do POP RUA*”, dos autores Macerata et al. (2019) apesar da eCR fazer parte da PNAB, os profissionais sentem que trabalham isolados dos outros setores das unidades, esse problema é atribuído aos preconceitos com a população em situação de rua e o não reconhecimento de como deve ser o processo de trabalho com a população, gerando um afastamento com os profissionais das eCR. Além disso, é preferível que todo sistema de

serviço de saúde possua as seguintes metas principais: otimizar a saúde da população, apontar as causas das enfermidades e o manejo das doenças e minimizar as disparidades entre os subgrupos populacionais (no que a PSR se insere), para que não haja desvantagem sistemática em relação ao acesso e alcance desses serviços (STARFIELD 2002). Essa premissa resume a responsabilidade desses serviços para com seus usuários sobre sua prioridade de acesso independente das condições que apresentam.

O artigo *“A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida”*, dos autores Engstrom et al (2019), discutem que a uma certa tensão no compartilhamento do cuidado presente muitas das vezes na divisão de responsabilidades dentro da unidade básica de saúde, segundo o artigo as eCR consideram que deveria haver mais aproximação dos profissionais da clínica nos atendimentos da PSR e não apenas responsabilizar esses atendimentos as eCR, diante disso é fundamental salientar que a PNAB em suas diretrizes destaca a necessidade que aconteçam ações compartilhadas e integradas a unidade básica de saúde com a equipe de Consultório na Rua e os demais serviços de saúde (PNAB, 2017).

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde pelos usuários do Consultório de Rua foi citada por SILVA et al. (2015), no artigo *“Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua”*, o artigo menciona que existe uma diferenciação de tratamento quanto aos atendimentos a população em situação de rua, esse estigma descrito pelo artigo é evidente tanto no âmbito da recepção, quando o usuário chega solicitando o atendimento e fica evidente que ele é um morador de rua até mesmo no acolhimento dessa população pelos profissionais da ponta, destacando a falta de cuidado no manejo dessa população. Conforme a Política Nacional da Atenção Básica (2017), o princípio da equidade é um dos principais eixos citado para a Atenção Básica, destacando esse princípio como forma de melhorar o acesso a serviços de saúde, desde então a equidade tem sido dentro do campo da saúde um grande desafio para se efetivar em uma sociedade com extrema desigualdade social. Nesse contexto *“A equidade vem sendo reiterada como uma das principais referências para a avaliação da reformas setoriais e para a reorientação de políticas e de sistemas de saúde”* (PAIM, 2006). Ainda dentro desta temática o artigo *“Equipe ‘Consultório na Rua’ de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável”* escrito pela autora Engstrom; Teixeira (2016) relata sobre a importância que as eCR devem ter para desenvolver processos de trabalho que sejam criativos e que caracteriza as necessidades de sua clientela, diante dos atributos estruturantes da APS e que por sua vez, as equipes saibam compreender as

diversidades do cuidado em saúde atrelado ao público na qual está sendo prestado o serviço de saúde.

O artigo de Duarte (2019) “*O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégia de cuidado do Consultório na Rua*” apresenta a Atenção Básica como um local de acolhimento para a população de rua, reforçando que a APS deve intensificar o vínculo dos profissionais de saúde e fornecer estratégias para que sejam oportunas para a PSR tanto na unidade de saúde quanto nas ruas. Nesse sentido a PNAB (2017), traz o Consultório na Rua como dispositivo da atenção básica, possibilitando ainda mais esse fortalecimento entre eCR e AB/APS, e evidenciando a necessidade que seja feita essa articulação para maior organização e funcionamento do atendimento da PSR.

Sobre o tema da comunicação com a rede, o artigo “*Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico*”, de Ferreira et al. (2018), coloca a importância de disseminar a informação sobre o trabalho do Consultório na Rua em todos os setores dessa rede de apoio, bem como incentivar a educação desses profissionais e da sociedade em relação aos aspectos tão peculiares da população em situação de rua no sentido de tentar superar os estigmas e preconceitos em torno desse grupo, qualificando a rede para um bom acolhimento destes usuários.

Campos (2018) apontam em sua pesquisa “*População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis*” retrata como é importante a inserção de estudantes dentro do ensino-aprendizagem que levou alunos de graduação a acompanhar a prática as eCR, essa iniciativa proporciona que futuros profissionais cheguem na sua área de atuação com experiências que possam contribuir para um melhor acolhimento dessa população no futuro. Segundo a PNAB 2017, em seu artigo 6º, “todas as UBS são consideradas potenciais espaços de educação, formação de recursos humanos, pesquisa, ensino em serviço, inovação e avaliação tecnológica para a RAS” (PNAB, 2017), sendo assim, é evidente a importância do ensino-aprendizagem tanto para a unidade na qual os estudantes serão inseridos, como para a instituição e o próprio estudante que terá na sua jornada acadêmica experiências que na maioria das vezes apenas a prática pode trazer.

6 EXPERIÊNCIA DE ESTÁGIO – A IMERSÃO NO CONSULTÓRIO NA RUA

A segunda parte da pesquisa tratou-se de um processo de observação participante junto a equipe de Consultório na Rua, do Plano Piloto, em Brasília. Essa imersão se deu no contexto do ingresso no estágio supervisionado 3, do curso de Saúde Coletiva da UnB. O

estágio aconteceu com a eCR do Plano Piloto, com a carga horária de 90 horas, sendo que 60 horas foram presenciais, no segundo semestre de 2019.

O primeiro acesso a informações sobre a população em situação de rua foi por meio das leituras de artigos e portaria que pudessem esclarecer sobre a temática, orientado pelo professor/supervisor Marcelo Pedra Martins Machado, que atualmente é orientador deste Trabalho de Conclusão de Curso, foi primeiro feito uma aproximação do tema sobre o olhar da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) de 2017 e o Caderno de Atividades, do Curso de Atenção integral à saúde de pessoas em situação de rua (Escola Nacional de Saúde Pública - Fiocruz), para depois ter acesso ao campo de estágio.

Em 2012 foi lançado o “Manual sobre o cuidado à saúde junto à população em situação de rua” pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. Esse manual efetiva a inserção do serviço Consultório na Rua no SUS, definindo as eCR como porta de entrada prioritária na AB. A cartilha “Saúde da População em Situação de Rua: um direito humano” foi editada em 2014 pelo Ministério da Saúde. Esta tem como objetivo expor diretrizes, estratégias e ações destinadas à melhoria das ações de saúde para a População em Situação de Rua e de combater o preconceito em relação a essa população no SUS garantindo seu acesso aos serviços de saúde, com atendimento integral e humanizado.

No primeiro dia, foi apresentado a unidade em que a eCR trabalha e apenas dois profissionais estavam presente equipe trabalha no mesmo espaço do Centro Pop. A equipe que atende no Plano Piloto, ao invés de estar vinculada a um Centro de Saúde, está vinculada ao Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP), definido no portal virtual da SEDEST como:

O Centro Pop possui capacidade para atender cerca de 100 pessoas por dia e funciona de segunda a sexta-feira, das 8 às 17h. O objetivo é contribuir para a construção de novos projetos de vida, promovendo atividades que colaborem para o desenvolvimento da autonomia e da sociabilidade, fortalecendo os vínculos familiares e o convívio comunitário. A unidade ainda oferece atividades, como oficinas educativas e de lazer, voltadas para a convivência e a socialização dos usuários. (SEDEST, 2020).

O Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP) é fruto do decreto presidencial nº 7.053/2009. Segundo a MDS (Ministério do desenvolvimento Social) é uma unidade pública de referência da proteção Social especial de média complexidade, constituída segundo a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. O Centro POP é voltado exclusivamente para à população em situação de

rua podendo ser jovens, adultos, idosos e famílias. Tendo a obrigação de oferecer o Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua e também a unidade poderá proporcionar o Serviço Especializado em Abordagem Social, o qual mostraremos mais adiante. O trabalho social principal ofertado pelo Serviço Especializado para a População em situação de rua é:

Acolhida; escuta; estudo social; diagnóstico socioeconômico; Informação, comunicação e defesa de direitos; referência e contrarreferência; orientação e suporte para acesso à documentação pessoal; orientação e encaminhamentos para a rede de serviços locais; articulação da rede de serviços socioassistenciais; articulação com outros serviços de políticas públicas setoriais; articulação interinstitucional com os demais órgãos do Sistema de Garantia de Direitos; mobilização de família extensa ou ampliada; mobilização e fortalecimento do convívio e de redes sociais de apoio; mobilização para o exercício da cidadania; articulação com órgãos de capacitação e preparação para o trabalho; estímulo ao convívio familiar, grupal e social; elaboração de relatórios e/ou prontuários. (TIPIFICAÇÃO NACIONAL DE SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS, 200, p.29).

A presença do Consultório na Rua no espaço físico do Centro POP, tinha aspectos contraditórios, com pontos positivos e negativos compondo esta relação, que não se constituía apenas na presença “física” da eCR, no espaço do Centro Pop, mas em relações técnicas e institucionais complexas. Como pontos positivos estavam a facilitação do acesso da PSR às ofertas da equipe de saúde, concomitante ao acesso a outros elementos que qualificam imensamente as ofertas de atenção e cuidado como a possibilidade da alimentação, banho, higienização das roupas, entre outras ofertas do Centro Pop que colaboram para a adesão às ofertas da eCR. Porém, ao mesmo tempo, o uso deste espaço tem aspectos segregadores, pois era como se (re) afirmasse que essa população não têm direito de ser atendida, como toda a população, na rede de saúde, e precisasse de um local específico e diferenciado. Além disso, estar no Centro Pop privava a eCR do “convívio” com as demais equipes de saúde da UBS, sobretudo as equipes de Saúde da Família (eSF), o que não permitia a troca entre as equipes a possibilidade de construção de uma maior autonomia da eSF para o atendimento da PSR, sem a necessidade da presença da eCR. Outro ponto negativo da realização do trabalho da eCR, fora de uma UBS, era a maior dificuldade de acessar diferentes insumos e tecnologias de cuidado, presentes nas unidades de saúde.

A minha chegada na equipe, somada aos objetivos do estágio, retomou a discussão na equipe sobre a possibilidade de que as minhas atividades pudessem dar sequência ao trabalho

das estagiárias do semestre anterior, que seria a construção de estratégias de comunicação (vídeos, podcasts, powerpoints, cartazes, etc.), que pudessem ampliar a capilaridade e a adesão das demais equipes da Atenção Básica, as orientações da Nota Técnica SEI-GDF nº 3/2018, que é orientada para que o acesso a população em situação de rua seja integral no SUS, cabendo a todas as equipes, inclusive da AB, garantir o acesso e a atenção para PSR. Essa demanda deveria facilitar a construção de vínculos entre eSF e a eCR.

A proposta a ser realizada era da continuidade a ideia das colegas, sendo que já tinha sido proposto a construção de um vídeo ou de um; documento de powerpoint para ser apresentado posteriormente para os profissionais de saúde da AB, visando essa aproximação.

Entretanto, concomitante a discussão sobre a retomada dos objetivos e produtos combinados no estágio do semestre anterior, foram relatados pela assistente social da eCR, outros problemas que estavam ocorrendo dentro do espaço de trabalho deles. E que a equipe não estava conseguindo organizar a demanda de trabalho, problemas esses como: violências no espaço do Centro Pop, Insegurança dos profissionais em trabalhar no local e vontade de mudança de espaço. A partir dessa nova demanda as minhas atividades foram sendo repensadas.

A equipe de Consultório na Rua do Plano Piloto é composta por assistente social, psicólogas, médico, enfermeiros e técnicos em enfermagem. Esta equipe procura realizar abordagem na rua todos os dias, mas para isso necessitam de uma equipe mínima de 3 pessoas para sair, e manter ao menos 2 pessoas na sede, pois têm muitos usuários que vão até o Centro Pop espontaneamente procurar atendimento, como também usuários que ficam no espaço, quase em tempo integral.

A saída a campo não tem horário fixo, é realizada quando possível, geralmente no período matutino. A equipe está tentando estabelecer horários e locais fixos para a sua saída, segundo eles, facilitaria para a PSR encontrar a equipe com local certas da sua chegada.

Na semana seguinte, a eCR foi transferida para uma Unidade Básica de Saúde na L2 Sul. De acordo com os profissionais presentes nesta semana esse deslocamento foi necessário para preservar a segurança dos profissionais, essa necessidade é válida visto o que indicam a PNAB 2017 e as portarias nº 122 e 123/2012, reafirmando as eCR como equipes para populações específicas na AB (BRASIL, 2012; PNAB, 2017).

A eCR passa a ocupar uma sala cedida pela Unidade Básica de Saúde com o espaço mínimo e seus atendimento passa a ser com os usuários que chegam na unidade ou que o Instituto Ipês, parceiro da equipes trazem para atendimento além das saídas duas vezes na semana para atendimento itinerante.

O Instituto Sociocultural, Ambiental Tecnologia de projetos de Economia Solidária - IPÊS fundado em 04 de maio de 2003 na Região Administrativa de São Sebastião, Brasília/DF, tem como objetivo atuar no desenvolvimento econômico, social, cultural, ambiental e tecnológico, através de iniciativas próprias e parcerias com instituições público privado, tendo como foco, crianças, jovens e adultos em situação de vulnerabilidade social. Esse Instituto é um dos grandes aliados da equipe de consultório de rua, sendo que através do trabalho deles que grande parte da população de rua consegue acesso a saúde.

A entrada da equipe na Unidade Básica de Saúde foi repentina e foi necessário outras adaptações na organização do processo de trabalho da eCR, percebeu se que a Unidade não estava preparada para receber a equipe e causou até o momento desgastes e a falta de comunicação dentre os atendimentos da população de rua. A equipe não conseguiu sair da Unidade para realizar os atendimentos, recebendo as demandas espontâneas que surgem no decorrer do dia.

De acordo com a PNAB de 2017, são itens necessários para o funcionamento das equipes de Consultório de Rua:

Realizar suas atividades de forma itinerante, desenvolvendo ações na rua, em instalações específicas, na unidade móvel e também nas instalações de Unidades Básicas de Saúde do território onde está atuando, sempre articuladas e desenvolvendo ações em parceria com as demais equipes que atuam na atenção básica do território (eSF/eAB/UBS e Nasf-AB), e dos Centros de Atenção Psicossocial, da Rede de Urgência/Emergência e dos serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social entre outras instituições públicas e da sociedade civil (PNAB, 2017).

Diante disso, faz-se necessário essa articulação entre a eCR e às demais equipes da Unidade de saúde, para que exista troca de aprendizado e informação dentro da unidade de saúde.

O conceito de processo de trabalho se aplica às transformações do que se tem e do que se pretende, esperando sempre um resultado, e com gasto de energia. No trabalho em equipe, o resultado será o produto de todas as energias utilizadas pelas pessoas envolvidas nos processos e a bagagem das experiências acumuladas (GONÇALVES, 1992). Para uma melhor inserção da eCR dentro desse novo cenário é decisivo que reflita sobre um processo de trabalho que contemple o cuidado em saúde de modo ampliado e ofertado em um espaço bastante diferente do anterior (no Centro Pop), cabe também pensar como capacitar/matriciar as equipes da unidade de saúde 01, de modo que as ações possam ser construídas de modo

colaborativo, pois a realidade anteriormente experimentada, no espaço físico e com a equipe do Centro Pop (serviço preparado para este público específico), não é mais a mesma.

Com mudança da equipe para a Unidade de saúde, percebeu que a demanda por atendimento diminuiu bastante, primeiro porque como foi repentina a saída da equipe, não foi possível informar a população sobre o local e também a distância entre o Centro Pop que fica na 712 Sul e a Unidade de Saúde 01 que é no final da Asa Sul gerou um afastamento do público. Para Starfield (2002) acessibilidade refere-se a características da oferta, sendo o acesso a forma como as pessoas percebem a acessibilidade, Starfield também destaca a acessibilidade geográfica que refere-se à distância e ao tempo de locomoção dos usuários para chegar aos serviços, incluindo os custos da viagem, dentre outros. Maruyama (2016) fala da importância do acesso como facilitador para a PSR ingressar no sistema de saúde, enfatiza ainda que as políticas públicas como o consultório na rua deve ser um meio para o acesso integral e equânime e não um distanciamento da população no lugar que deveria ser de acolhimento.

Os atendimentos na rua não estavam sendo possíveis segundo os profissionais às necessidades de alinhar com os demais profissionais seu processo de trabalho, essa dificuldade gera umas das principais barreiras de acesso entre a eCR e a própria PSR, essa demora e o não cumprimento das demandas fora da unidade de saúde causou um desgaste dentro no local de trabalho, sendo que já havia se passado um mês desde a minha entrada no campo e nenhuma visita havia sido feita nesse período. A portaria nº 122/2011, descreve as diretrizes de organização e funcionamento das eCR, entre elas que as atividades das eCR incluem a busca ativa e o cuidado aos usuários de álcool, crack e outras drogas e as atividades da equipe acontecem in loco, de forma itinerante, desenvolvendo ações compartilhadas e integradas às Unidades Básicas de Saúde (UBS) e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade do usuário e quando necessário, as instalações das UBS do território.

A aceitação da unidade de saúde com a eCR não foi das melhores, até o momento da minha saída, poucos foram os diálogos e as queixas diante da população de rua é grande. A entrada da equipe por ser repentina e não ter feito uma preparação para as equipes já existentes no local, prejudicou muito a maneira como é feito o acolhimento ao atender os pacientes de rua quando falta algum profissional da eCR. Diante disso, encontrei-me em alguns momentos desmotivada para continuar no estágio devido a falta de atividade desempenhada com a equipe.

As demandas são basicamente as mesmas desde a saída da equipe do Centro Pop: retirada de documentos, busca atendimento odontológico, curativos (principalmente nos pés pelo fato de andavam descalços, ou usarem sapatos maiores ou menores que o que deveriam), ginecologia, exames de pré-natal para as grávidas, doenças infectocontagiosas, DST's, etc. As demandas espontâneas chamam a atenção por serem trazidas pelos educadores sociais do Instituto Ipês que geralmente trazem adolescentes buscando atendimento. Essa sempre foi uma questão da eCR do Plano Piloto, o equilíbrio entre as demandas espontâneas (no Centro Pop, nas ruas e agora também na UBS) e as demandas programadas (também no Centro Pop, nas ruas e agora também na UBS).

Em resposta aos problemas relacionados a falta de profissional no momento do atendimento, seja na rua, ou na unidade, tudo se justifica devido ao fato que a organização da carga horária proporciona aos profissionais um falta na semana, desta forma sempre tem um campo de atuação desfalcado. Além disso, a partir da minha observação, ficava sempre a sensação de que os profissionais estavam em um “processo de adoecimento”, pois a quantidade de afastamentos do trabalho, no período em que estive junto com a equipe foi grande, o que prejudica a lógica da multiprofissionalidade descrita na portaria 122/12 (BRASIL, 2012).

Durante a vivência dentro estágio ficou perceptível a ausência do profissional médico nos atendimentos, diferentemente dos demais profissionais que desempenha a carga horária de 30 horas semanais, o médico da equipe cumpre carga horária de 24 horas semanais. A demanda pelo profissional da área médica é classificada como alto dentro do cenário onde a equipe desempenha seus atendimentos, o afastamento do médico duas vezes na semana gera uma sobrecarga no profissional da enfermagem que passar a desempenhar o papel demandado ao médico. O profissional técnico de enfermagem desempenha seu papel tendo uma vez na semana folga, como dentro da equipe existem dois profissionais técnico apesar de existir essa folga um realiza a falta do outro e conseguem desempenhar os papéis normalmente. Dentro do campo da Psicologia existe a oportunidade de oferecer cuidado no âmbito da Saúde Mental, como a realização de consultas terapêuticas, psicologia clínica, pois na eCR do Plano Piloto são dois profissionais da área, porém na minha inserção dentro da equipe esses dois profissionais encontravam um de férias e outro de afastamento médico, causando assim um mês sem essa profissional, corroborando os aspectos da multiprofissionalidade que discuti no parágrafo anterior.

A assistente social atua em especial como agente de mudança em conjunto com os usuários, levando pessoas em situação de rua até o atendimento, onde os profissionais de

saúde farão seu trabalho. Além disso é através desse profissional que necessidades como emissão de documentos, necessidade de auxílio ou de alguma outro setor como CRAS, CREAS podem ser desenvolvidos.

Em uma das saídas de campo, foi observado que quando um usuário é encaminhado à algum hospital, a equipe acaba permanecendo no local até que o usuário seja atendido, pois só assim o atendimento é garantido.

Foi observada também a falta de estrutura para atendimento e acompanhamento de transtornos mentais severos, sendo o surto, o único momento em que os usuários conseguem uma internação, recebendo alta médica assim que o surto cessa, sem nenhum tipo de acompanhamento, ou algum tipo de cuidado quando as demandas e limitações do usuário, fazendo com que a cada novo surto o paciente é internado, caso a equipe de consultório na rua esteja acompanhando o caso, sem essa assistência a internação não é feita.

A escala da eCR do Plano Piloto foi desenvolvida em função dos horários dos servidores, sem ajuste para com as necessidades de saúde da população daquele território (Santos, 2019). Essa é uma questão, pois “o horário de funcionamento deverá se adequar às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno e em qualquer dia da semana” (BRASIL. Ministério da Saúde, 2011).

O Quadro 1 apresenta a agenda da eCR do Plano Piloto, no período das minhas presenças na equipe.

Quadro 1: Escala dos profissionais da eCR Plano Piloto

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta
08:00-12:00	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro Assistente Social Médico	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro Assistente Social Médico	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro Assistente Social	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro	Psicóloga Tec. Enfermagem Assistente Social Médico
14:00-18:00	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro	Psicóloga Tec. Enfermagem Enfermeiro	Psicóloga Tec. Enfermagem	Psicóloga Tec. Enfermagem Assistente

	Assistente Social Médico	Assistente Social Médico	Assistente Social	Enfermeiro	social Médico
--	-----------------------------	-----------------------------	----------------------	------------	---------------

A escala destaca um funcionamento baseado na organização tanto dos profissionais quando da Unidade de Saúde, os horários de trabalho das 8 horas às 12 horas e 14h horas às 18 horas não é possível constatar que conseguem atender as necessidades da PSR, limitando à oferta de atenção e cuidados em saúde para a população em situação de rua, aos dias da semana, em horários comerciais, sem ofertas nos períodos noturnos, ou nos finais de semana. Segundo a PNAB: “A carga horária mínima semanal de 30 horas. Porém seu horário de funcionamento deverá ser adequado às demandas das pessoas em situação de rua, podendo ocorrer em período diurno e/ou noturno em todos os dias da semana”. A PNAB deixa clara a necessidade de trabalhos que sejam desenvolvidos em horários oportunos à PSR e que a agenda seja adequada às demandas da população e não dos trabalhadores e/ou da unidade de saúde.

A minha entrada foi envolvida de grandes expectativas por se tratar de um campo que eu tinha pouco explorado no decorrer da graduação, gerando um entusiasmo muito grande sobre o trabalho que iria desenvolver. Diferente daquilo que foi proposto e imaginado para o meu aprendizado e como produto a ser entregue ao final do estágio, a mudança repentina da eCR e o processo de trabalho pouco organizado, fez com que eu não conseguisse aproveitar de forma efetiva das atividades do campo, sem mesmo conseguir com que a equipe formulasse um pedido específico sobre que produto gastariam que eu entregasse no final do estágio, causando frustrações no decorrer do semestre sobre o meu papel de sanitarista dentro daquele espaço. O estágio supervisionado 3 com a equipe de consultório na rua gerou grande aproximações com o tema e pude encarar uma nova percepção tanto em relação a população quanto aos questionamentos de como eu, futura profissional sanitarista pudesse garantir direito à saúde a essa população específica. Por outro lado, as dificuldades que a eCR encontrava com o local que atuava e com um processo de trabalho bastante fragilizado, não me possibilitaram explorar o campo da forma como eu gostaria, essa fragilidade encontrada fez com o presente trabalho de conclusão de curso pudesse questionar e descrever a importância desse processo de trabalho dentro do consultório rua e suas atribuições na Atenção Básica.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A revisão de literatura realizada por este estudo sobre os principais temas abordados, na relação entre o processo de trabalho do Consultório na Rua e a lógica de atenção e cuidados em saúde apontados pelas diretrizes da Atenção Básica, nos revelou que é tímida a produção sobre estes temas

Ainda em relação a revisão de literatura dentre os principais temas e questões que emergiram da análise proposta, o acesso foi o ponto com maior destaque, aparecendo na literatura com diferentes aspectos, entre eles a importância do trabalho conjunto e colaborativo do Consultório na Rua com as demais equipes da Atenção Básica, para que a atenção e o cuidado sejam mais resolutivos, pautados pela perspectiva da integralidade e reforçando a AB como espaço privilegiado de acesso para a população em situação de rua (PETRY; BURG; SILVA, 2014; VARGAS; MACERATA, 2018; SANTOS E BURG, 2018; DUARTE, 2019). Além disso, a garantia do acesso foi reforçada como necessária também nas Unidades Básicas de Saúde, sendo que o trabalho colaborativo entre as equipes foi apontado aqui como uma possibilidade de evitar as tensões entre os trabalhadores (SANTOS E BURG, 2018; ENGSTROM et al, 2019; DUARTE, 2019)

Outro ponto visibilizado pela revisão de literatura é a questão do estigma e do preconceito, operado em relação à população em situação de rua, reforçando que os próprios trabalhadores dos Consultórios na Rua são objeto de preconceitos, por conta do público atendido, sentindo-se isolados dentre das Unidades Básicas de Saúde e mesmo na sua relação com as redes locais (SILVA et al., 2015; ALMEIDA et al., 2017; MACERATA et al., 2019)

O tema da comunicação entre o Consultório na Rua, as demais equipes da Atenção Básica e da rede local, além da comunicação com a sociedade foi outro achado significativo da análise da literatura, reforçando a necessidade de que informações sobre as questões da população em situação de rua possam se tornar mais visíveis (FERREIRA et al., 2018)

Ao cabo da revisão de literatura o tema da relação entre o Consultório na Rua e as instituições de ensino e pesquisa, e sua relação com a estruturação do processo de trabalho da eCR, também é um ponto a ser ressaltado. A importância da inserção de estudantes nas eCR e no fomento do Sistema único de Saúde como espaço de formação, merece ser destacado (CAMPOS, 2018)

A experiência de imersão no Consultório na Rua, do Plano Piloto/DF, possibilitou a observação de pontos significativos, quanto ao tema da relação entre o processo de trabalho da eCR e o modo de atuar a partir da Atenção Básica, entre estes pontos a questão da presença

do Consultório na Rua no espaço físico do Centro POP (com seus pontos positivos e negativos), merece destaque.

Outra questão que emergiu a partir da minha imersão no campo, foi a dificuldade do Consultório na Rua sustentar suas agendas de atenção e cuidado no Centro Pop, na Unidade Básica de Saúde e principalmente nas atividades nas ruas, dificultando muito a construção do vínculo de confiança entre população e equipe, a longitudinalidade, a integralidade, a agenda espontânea e a agenda programada da eCR, enfim, questões significativas para o trabalho na Atenção Básica.

A entrada da eCR na Unidade Básica de Saúde também foi um momento importante da minha imersão no campo. As dificuldades do Consultório na Rua e as minhas, com a mudança do Centro Pop para a UBS, me pareceu que ficamos todos um pouco “perdidos”, sem chão e tendo de construir um novo local para a atuação, agregando as dificuldades anteriores da equipe, que vieram junto com a eCR para a UBS. Ficou ainda mais evidente a necessidade da organização do processo de trabalho do Consultório na Rua fosse calcado nas diretrizes da Atenção Básica.

A principal consideração final deste trabalho evidencia que apesar das diretrizes apontadas pela Política Nacional de Atenção Básica (2017) e os atributos sugeridos por Starfield (2002), a equipe de consultório na rua do plano piloto trabalha em raros momentos na perspectiva na AB/APS, levando em consideração a vivência do estágio e a literatura estudada nesse trabalho, com os limites e possibilidades que estes dois métodos possibilitaram. Vale ressaltar que são necessários mais estudos que tenham como tema o processo de trabalho do Consultório na Rua.

Por fim, cabe trazer a questão da minha formação como sanitarista e a minha inserção no Sistema Único de Saúde. A possibilidade de agregar juntamente com os profissionais de saúde possibilitou que a minha formação profissional fosse única, no sentido de poder levar o conhecimento adquirido no decorrer da graduação para o serviço de saúde, assim como de experimentar “na vida real” os conhecimentos produzidos pelos trabalhadores dos serviços. Além do mais, a experiência de fazer parte da eCR foi um divisor de águas na minha vida acadêmica, pois fazer o estágio supervisionado 3 no consultório na rua do trouxe a certeza que a formação de sanitarista era a formação que eu realmente queria trilhar.

REFERENCIAS

BRASIL. Decreto n. 7.053, de 23 de dezembro de 2009. Institui a Política Nacional para a População em Situação de Rua e seu Comitê Intersetorial de Acompanhamento e Monitoramento, e dá outras providências. Brasília; 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.436, de 21 de Setembro de 2017. Política Nacional de Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). 2017

BRASIL. Portaria nº123, de 25 de Janeiro de 2012. Define os critérios de cálculo do número máximo de equipes de Consultório na Rua (eCR) por Município.2012

BRASIL. Portaria nº 122, de 25 de Janeiro de 2011. Define as diretrizes de organização e funcionamento das Equipes de Consultório na Rua. 2011.

Gil, A. C. Métodos e técnicas de pesquisa social. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. Como elaborar projetos de pesquisa, 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL, Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada. Estimativa da População em Situação de Rua no Brasil. Brasília: IPEA, 2020.

CAMPOS. ARIANE. População de rua: um olhar da educação interprofissional para os não visíveis. Associação Saúde da Família. São Paulo, SP, Brasil. 2018.

DUARTE. AFRANNIA. O Acolhimento em saúde no espaço da rua: estratégias de cuidado do Consultório na Rua. Universidade Estadual de Londrina, Londrina. 2018.

ENGSTROM, E. M . TEIXEIRA, M. B. Equipe “Consultório na Rua” de Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil: práticas de cuidado e promoção da saúde em um território vulnerável. Escola Manguinhos no Rio de Janeiro, Brasil. Cien Saúde Colet 2016.

ENGSTROM. ELYNE. A dimensão do cuidado pelas equipes de Consultório na Rua: desafios da clínica em defesa da vida. Saúde em debate. 2018.

GONÇALVES. R, Mendes B. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: CEFOR; 1992.

- KAMI, M. T. et al. Saberes ideológicos e instrumentais no processo de trabalho no Consultório na Rua. Ver escola de enfermagem da USP. 2016. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v50n3/pt_0080-6234-reeusp-50-03-0442.pdf
- KOOPMANS, F.F. et al. Habitus no cuidado à população de rua: um estudo etnográfico. 2018. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/6277>
- LIMA, A. et al. Reconhecimento dos riscos no trabalho do Consultório na Rua: um processo participativo. Revista Escola de Enfermagem da USP. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v53/1980-220X-reeusp-53-e03495.pdf>.
- LONDERO, M.; CECCIM, R.; BILIBIO, L. Consultório de/na rua: desafio para um cuidado em verso na saúde. São Paulo. 2014.
- MACERATA, I.; SOARES, J.; OLIVEIRA, A. A pesquisa-intervenção como pesquisa-apoio: o caso do POP RUA. Saúde sociedade. vol.28 no.4 São Paulo. 2019.
- PAIM, J. S. Equidade e reforma em sistemas de serviços de saúde: o caso do SUS. Saúde Soc., São Paulo, v. 15, n. 2, p. 34-46, 2006.
- PAULO, H.V. et al. A implantação do Consultório na Rua na perspectiva do cuidado em saúde. Revista Brasileira de Enfermagem. 2018.
- QUEIROZ, Danielle Teixeira; VALL, Janaina; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e.
- SILVA, C.; CRUZ, M.; VARGAS, E. Práticas de cuidado e população em situação de rua: o caso do Consultório na Rua. Rio de Janeiro. 2015.
- SIMOES, T. A. et al. Missão e efetividade dos Consultórios na Rua: uma experiência de produção de consenso. Saúde debate vol.41 no.114 Rio de Janeiro. 2017.
- VARGAS, E. R.; MACERATA, I. Contribuições das equipes de Consultório na Rua para o Cuidado e a Gestão da Atenção Básica. Revista Panamericana de Saúde Pública. 2018.
- STARFIELD, B. Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde. Serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726 p.